Health Canada Santé Canada

Dare to Age Well!

Healthy Aging

Tobacco Use and Smoking Cessation Among Seniors

Canada

103-01548

Healthy Aging

Tobacco Use and Smoking Cessation Among Seniors

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

To obtain more information on this report, please contact:

Division of Aging and Seniors
Health Canada
Address Locator : 1908 A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tel: (613) 952-7606
Fax: (613) 957-9938
E-mail: seniors@hc-sc.gc.ca
Internet: http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/

The opinions expressed in this document are those of the author and do not necessarily reflect the official views of Health Canada.

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002
Cat.: H39-612/2002-5E
ISBN: 0-662-31956-7

Ce rapport est disponible en français sous le titre : *Vieillissement en santé : Tabagisme et renoncement au tabac chez les aines.*

Foreword

This document on smoking cessation and seniors was developed as a background paper for the *Workshop on Healthy Aging: Aging and Health Practices*, organized by Health Canada's Division of Aging and Seniors in November 2001. Following a series of internal investigations, the Division identified four key determinants that play key roles in healthy aging: healthy eating, injury prevention, physical activity, and smoking cessation. The Division convened a workshop to solicit the advice of experts and stakeholders on the development of an action plan on healthy aging, with a specific focus on the four areas noted above. Prior to the workshop, participants were provided with a series of background papers viewing the four key determinants through a healthy aging lens. This document is a revised version of the paper on smoking cessation, incorporating comments from experts and stakeholders.

A. Overview of the Issue

Significance of the Issue

Smoking is the number one preventable cause of death and disease in Canada. It is estimated that smoking prematurely kills three times more Canadians than car crashes, suicides, drug abuse, murder and AIDS combined. Health Canada's Centre for Disease Control has estimated that a total of 45,064 deaths in Canada were attributable to smoking in 1991. By 2000, the number of such deaths was projected to reach 46,910. This growth was attributed to a 24% increase in smoking-related deaths among females, which offset a 4% decrease among males.

Cigarette smoking is implicated in eight of the top fourteen causes of death for adults 65 years of age or older. Smoking causes disabling and fatal disease, including lung and other cancers, heart and circulatory diseases, and respiratory diseases such as emphysema. It also accelerates the rate of decline of bone density during ageing. At age 70, smokers have less dense bones and a higher risk of fractures than non-smokers. Female smokers are at greater risk for post-menopausal osteoporosis. Non-smokers may also be placed at risk through exposure to environmental tobacco smoke (ETS). (Eliminating non-smokers' exposure to ETS is an important objective of comprehensive tobacco control programs.)

Evidence is also accumulating that smoking causes a heavy burden in terms of physical functioning. In the Alameda County study of older people, Guralnik and Kaplan found that smokers in 1965 who survived to 1984 were twice as likely to show reduced levels of physical functioning and ability than those who never smoked.

Half of long-term smokers die of tobacco-related illnesses. Of these, one-half die in middle age, the rest suffer a variety of chronic conditions related to smoking and die in older age. Despite their tendency to die earlier, smokers' lifetime health care costs have been shown to be higher than those of non-smokers.

The good news is that many of the negative health effects of smoking can be reversed with cessation.

Magnitude of the Problem

In 2000, smoking rates in Canada reached the lowest overall level since regular monitoring of smoking began in 1965. Slightly more than six million people, or 24% of the population 15 years or older, were smokers in 2000.

Compared to younger people, smoking is less prevalent among seniors. In 1996-1997, 12% of seniors living in a private household were daily smokers, compared with 21% of those 55 to 64 years of age, and 28% of those 25 to 54. However, the proportion of daily smokers increases steadily with age. Among smokers 15 to 17 years of age, 66% smoke daily. This rises to 92% among people 65 years of age or over who smoke daily.

Aboriginal people report the highest rates of smoking in Canada, about double the overall rate in the Canadian population as a whole. Among 45- to 49-year-olds, 59% smoke. This drops to 35% among those 65 to 74 years of age and 23% among those 75 or over.

Trends

The Canadian Tobacco Use Monitoring Survey concluded that smoking prevalence has declined since 1990 when 30% of Canadians smoked. In 1996-97, 36% of all seniors, including over half of senior men (52%) and almost one in four senior women (24%), were former smokers.

There are favourable trends in the prevalence of smoking among seniors. The smoking rate of adults 65 years of age or over in the United States declined from 18% to 12% from 1965 to 1994. Similar declines would be expected in Canada. The rate of decline in older smokers, however, is slower than in younger smokers.

Many seniors are former smokers. Quit rates are higher among older people than for younger people. However, Canadian smokers 45 years of age or over are more likely than younger smokers 15 to 44 years to say that nothing would get them to quit smoking. Few (3%) say that a program aid or cigarette alternative would motivate them to quit. These statistics suggest that older people with lengthy smoking histories are likely to need additional assistance with cessation. Those who still smoke may doubt that quitting later in life will reap any benefits and are likely to be highly dependent on nicotine.

Despite the general decline in smoking prevalence among women since the late 1970s, the number of smoking-related deaths for females is growing. This can be attributed to an increase in smoking prevalence among those 65 years of age or over, believed to be a cohort effect of the growth in the popularity of smoking among younger women in the late 1940s and 1950s.

Over the years, differences in smoking patterns between men and women, and subsequent differences in the prevalence of lung cancer and other fatal illnesses, have been an important factor in differing life expectancies. As more and more women smoke, these differences are likely to narrow. Indeed, lung cancer has already replaced breast cancer as the number one cause of cancer deaths among women in many resource-rich countries, where women have been smoking for 30 years or more.

Some Key Considerations

Deaths from smoking result in, on average, 15 years' loss of expected life. Health Canada estimates that smoking will account for more than 50% of deaths before age 70 among today's 15-year-old smokers.

Nicotine addiction

Nicotine is the drug in tobacco that makes smoking a powerful addiction. Experts rank nicotine ahead of alcohol, cocaine and heroin with regard to the severity of dependence resulting from its use. Nicotine is one of thousands of chemicals in tobacco products, but it is considered the

primary compound that affects brain function. Nicotine deprivation can impair attention and cognition, and it can also reverse these withdrawal-induced deficits. Performance impairment has been observed within four hours of tobacco deprivation. Many studies describing nicotine's "enhancement" of attention and cognition only demonstrated that nicotine reversed withdrawal effects. Poor attention level and lowered cognition following a period of nicotine deprivation can be a strong motivating factor to smoke to reverse such deficits, thus maintaining nicotine addiction.

Chemicals

Scientists have found more than 4,000 different compounds in tobacco smoke. More than 40 of the chemicals in tobacco are known to cause cancer.

Drug interference

Smoking can affect mean levels for drugs and interfere with a range of drug therapies, including anti-depressants. As a result, drug dosages for the older smoker may be sub-therapeutic or ineffective. A majority of seniors take some form of prescription or over-the-counter medication. For example, in 1997, 84% of all seniors living at home took some form of medication in the two days prior to the National Population Health Survey, with 56% using two or more medications in this period.

Psychiatric comorbidities

Clinical depression among smokers may exceed that among non-smokers. Nicotine may have effects to alleviate certain psychiatric symptoms. Depressed persons are less likely to quit successfully and often suffer an increase in symptoms after quitting.

Hard-core smokers

There is some suggestion that older smokers are more likely to be "hard-core" smokers (heavy smokers with weak quitting histories who expect never to quit smoking). Current evidence suggests that hard-core smokers make up about 5% of all smokers and they will be largely unaffected by the messages of tobacco control. Still, it appears that current tobacco control initiatives have a long way to go before they hit a wall of recalcitrant smokers.

Readiness to quit smoking

Older smokers have attitudes less favourable to being ready to try to quit smoking. Less than one-quarter say they are planning to quit in the next three months. Older smokers are far less likely to accept the health risks associated with smoking and more likely to view smoking as a beneficial coping and weight control tactic. Among smokers 50 years of age or older, those with realistic health consequences of smoking and those who perceive smoking as addictive were more likely to be ready to quit. Older smokers are less likely than younger smokers to attempt quitting, but they are more likely to be successful in the attempts.

Physical fitness

Smoking may be a detriment to physical fitness for all age groups. One recent study suggests that smokers have lower physical endurance than non-smokers, when differences in average exercise levels are taken into account. Smoking reduces the ability of the blood to carry oxygen

and increases the heart rate and basal metabolic rate, thus counteracting the benefits of physical activity, including cardiovascular fitness.

Economic costs

In 1991, the economic cost to society from tobacco use in Canada was estimated to be between $11 and $15 billion. Direct costs to the Canadian health care system from tobacco use amount to between $3 and $3.5 billion annually. The largest amount of smoking-related health care costs in Canada is spent on hospital care, with higher costs attributable to older smokers.

According to the U.S. Centre for Disease Control and Prevention, in 1993 the smoking-attributable costs for medical care were US$50 billion in the general population. For individuals 65 years of age or older, the estimated costs were US$21 billion.

Other health risks

The risks of smoking and smokeless tobacco use (i.e. chewing tobacco, snuff) are well established and numerous. The hazards of smoking extend well into later life. Among men and women over the age of 65, the mortality rate among current smokers is twice that of people who have never smoked. Not only is smoking a major risk factor in eight of the top 16 causes of death for people 65 years of age or older, it also complicates illnesses and conditions that are prevalent in older people. These include:

- heart disease
- a variety of cancers
- diabetes
- respiratory diseases
- high blood pressure
- circulatory and vascular conditions
- duodenal ulcers
- reductions in smell and taste
- osteoporosis
- cataracts
- effects on teeth and gums
- sleep disturbances.

Several recent reports provide strong evidence of an association between smoking and osteoporosis (decreased bone density), which, in turn, predisposes a person to bone fractures. Significant bone loss has been found in post-menopausal women and older men with prolonged smoking exposure.

In a recent large epidemiological study, smoking was linked to sleep disturbances such as, difficulty in falling asleep and symptoms suggestive of sleep fragmentation in both men and women.

Evidence of a link between cataracts and smoking continues to grow. Studies suggest that about 20% of cataracts in the United States are attributable to smoking. An association may also exist between smoking and a type of thyroid disease called Graves' disease.

Smoking decreases blood flow in the small vessels of the skin, perhaps damaging skin components, and leading to skin wrinkling and an appearance of premature aging in both men and women.

Compelling Evidence Linked to Healthy Aging

Research has shown that it is beneficial to quit smoking at any age. The MacArthur Foundation Study emphasizes the fact that smoking is age blind: while the risks of smoking persist into old age, so do the benefits of smoking cessation.

Cessation of smoking exerts a protective action that increases with the number of years since stopping. Among older smokers, the benefits of cessation for coronary heart disease and stroke are almost immediate, with a rapid decrease in mortality, while the benefits on respiratory function occur over a longer period of time.

Significant improvements in circulation and pulmonary perfusion occur rapidly when older people stop smoking, with most of the improvement occurring in the first year. Much of the abnormality in pulmonary epithelial permeability induced by smoking appears to be rapidly reversible.

According to research, smoking causes 80% to 90% of all emphysema and chronic bronchitis cases. The incidence and progression of chronic obstructive lung disease is substantially reduced upon quitting smoking. Cigarette smokers who quit prior to developing abnormal lung function are unlikely to develop ventilatory limitations.

Former smokers have lower overall mortality rates, a decreased risk of cardiovascular disease and recurrent myocardial infarctions, lung and other cancers, as well as better pulmonary and general physical functioning. There is potential for more rapid health-related and economic returns on investment from smoking cessation with older than younger adults.

The 1990 United States' Surgeon General's Report compiled data summarizing the dramatic and often immediate benefits of smoking cessation for older persons and declared, "it is never too late to quit smoking."

Effectiveness of Interventions

Cessation remains the most effective way of altering smoking-induced disease at all ages, including those 65 years of age or over. Effective cessation interventions exist in both the clinical and public health contexts. There is no evidence to suggest that currently available interventions will be less effective in seniors.

Clinical guidelines for the treatment of tobacco dependence have been published. These guidelines provide an evidence base for the types of interventions that should be used by health care professionals to assist smokers to quit. Brief advice by medical providers to quit smoking is effective. More intensive interventions (i.e. individual, group or telephone counselling) that

provide social support and training in problem solving are even more effective. Older patients are open to physician advice to quit and say that their quitting decisions and confidence in quitting are influenced positively by this advice. Physicians are more likely to advise patients with commonly recognized smoking-related diseases, such as cardiovascular, cerebrovascular or respiratory diseases. Thirty-six percent of older smokers say that their physician never advised them to quit.

The evidence is strong and consistent that pharmacologic treatments for smoking cessation (specifically, nicotine replacement therapy and bupropion) can help people quit smoking. Pharmacotherapies are effective even when they are used without behavioural support programs. More and more people are using assistance when they quit. (Assistance is defined as self-help materials, counselling, and/or nicotine replacement therapy.) Those who use assistance have higher quit rates. One fifth to one third of quit attempts are made with assistance.

The impact of tobacco pricing appears to be less important at older ages for men; women of all ages appear to be more responsive to price. Response to health information messages declines with age, possibly because most anti-smoking campaigns have targeted younger people. Strategies to increase smoking cessation among seniors are called for and are particularly urgent in view of the increased prevalence of smoking in women now entering old age.

A handful of treatment outcome studies specifically examining predictors of quitting success among older smokers have confirmed the following factors as beneficial:

- lower nicotine dependence
- higher quitting self-efficacy
- level of educational attainment
- hospitalization for illness diagnosis of smoking-related disease (particularly CVD)
- prior quitting success
- stronger quitting motivation
- greater perceived health benefits
- lower perceived quitting barriers
- use of more quitting strategies
- having few or no acquaintances who smoke and/or a non-smoking spouse
- frequent contact with physicians and pharmacists for seniors using the nicotine patch.

These findings have been used, with promising results, to design individually tailored treatments for seniors, such as a current pilot study with older nicotine patch users.

Research published since 1990 has shown that older smokers are highly responsive to targeted smoking cessation programs, and that they are at least as likely as younger smokers, if not more, to succeed in quitting either on their own or with the aid of self-help and counselling with or without pharmacological aids. This includes brief interventions in primary care settings and combining quitting advice with nicotine replacement therapy. Unfortunately, despite the fact that older adults see their doctors more often than younger age groups, most of them fail to receive smoking cessation advice and assistance.

Research suggests that increased availability of nicotine replacement therapy (and other cessation techniques) could help many older smokers quit, especially when combined with other interventions. These include:

- increased taxes on cigarettes
- bans on smoking in public places, particularly hospitals, clinics, workplaces and enclosed spaces where vulnerable non-smokers gather
- comprehensive bans on the promotion and marketing of tobacco and prominent health warnings on tobacco products
- comprehensive action against the smuggling of tobacco products.

There are sound, humane and economic arguments for implementing a comprehensive tobacco control policy that will benefit citizens of all ages, which includes the interventions described above. Seniors should not be left out of this strategy. Those with lengthy smoking histories are likely to need additional assistance with cessation.

B. Support for Action

Current Health Canada Strategies

Health Canada passed its *Tobacco Act* in 1997, which is designed to:

- protect the health of Canadians in light of conclusive evidence implicating tobacco use in the incidence of numerous debilitating and fatal diseases
- protect young persons and others from inducements to use tobacco products and the consequent dependence on them
- protect young persons by restricting access to tobacco products
- enhance public awareness of the health hazards of using tobacco products.

Since 1997, Health Canada has developed and delivered dozens of policies, interventions and programs. To date, none of these interventions and programs has been targeted to older adults. Many are targeted to the general population, adults in general, women, women with disabilities and Aboriginal peoples. The challenge will be to intensify opportunities to strengthen tobacco control and cessation initiatives aimed at older adults, rounding out an increasingly youth-focused prevention agenda.

Strategies Outside Health Canada

Health Canada has a long history of working with outside agencies and non-governmental organizations on smoking cessation. To date, neither seniors organizations nor national voluntary health organizations are specifically targeting programs to older adults.

The Center for Disease Control in the United States has identified nine best practices for comprehensive tobacco control programs, which include:

- community programs
- chronic disease programs to reduce the burden of tobacco-related diseases
- school programs
- enforcement
- state-wide programs
- counter-marketing
- cessation programs
- surveillance and evaluation
- administration and management.

Currently, no U.S. state is fully implementing all of these recommended program components. Approximate annual costs to implement all of the components have been estimated to range from US$7 to US$20 per capita in smaller states (populations of less than three million people), US$6 to US$17 per capita in medium-sized states (populations from three to seven million people), and US$5 to US$16 per capita in larger states (populations of more than seven million people).

Global action on tobacco is under way. On May 24, 1999, the World Health Assembly, the governing body of the World Health Organization, unanimously backed a resolution calling for a Framework Convention on Tobacco Control.

Priorities for Action and Additional Recommendations

- There is no need to develop additional interventions at this time. We already know enough to get started. There is a need to understand best practices. Consideration should be given to conducting a systematic review of smoking cessation interventions for older adults. Methodologies exist to complete such a review in a scientific fashion. Physician-based interventions are ready to roll.

- Greater awareness could be developed in the seniors' population about the negative effects of second-hand smoke and the fact that quitting at any age leads to positive health benefits.

- Continuing efforts to legislate smoke-free spaces will continue to motivate more smokers to make attempts to quit.

References

American Academy of Dermatology. *Need another reason to quit? Smoking can ruin your skin, too* [online]. 1999 [accessed February 8, 2002]. <http://www.aad.org/PressReleases/need_reason.html>

Anda, R.F., D.F. Williamson, L.G. Escobedo et al. (1990). "Depression and the dynamics of smoking: A national perspective". *JAMA*, 264, 1541–1545.

Bartecchi, C.E., T. MacKenzie, & R. Schrier (1994). "The human costs of tobacco use". *New Eng J Med*, 330, 13, 907–912.

Brandon, T.H. (1994). "Negative affect as motivation to smoke". *Curr Dir Psychol Sci*, 3, 33–37.

Brownson, R.C., M.P. Eriksen, R.M. Davis et al. (1992). "Environmental tobacco smoke: Health effects and policies to reduce exposure". *Ann Rev Public Health*, 1(8), 163–185.

Burns, D.M. (2000). "Cigarette smoking among the elderly: Disease consequences and the benefits of cessation". *Am J Health Promo*, 14, 357–361.

Canadian Lung Association. *Lung Facts 1993 Update*. Gloucester, ON: Canadian Lung Association, 1994. <http://www.lung.ca/copd/intro/definition.html>

Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1999.

Clark, M.A., W. Rakowski, F.J. Kviz et al. (1997). "Age and stage of readiness for smoking cessation". *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 52, S212–221.

Coambs, R.B., S. Li, & L.T. Kozlowski. (1992). "Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking". *Am J Epidemiol*, 135, 240–246.

Covey, L.S., A.H. Glassman, & F. Stetner. (1990). "Depression and depressive symptoms in smoking cessation". *Compr Psych*, 31, 350–354.

Ellison, Larry, L. et al. (1995). "Projected Smoking – Attributable Mortality in Canada, 1991–2000". *Chron Dis Canada* [online] 16, 2. Updated July 4, 1996 [accessed February 7, 2002]. <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic162/cd162e_e.html>

Emery, S., E.A. Gilpin, C. Ake et al. (2000). "Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence". *Am J Health Promo*, 90, 387–394.

Evans, W., & I.H. Rosenberg. *Biomarkers: The 10 determinants of aging you can control.* New York: Simon and Schuster, 1991. Pp. 63-64.

Fiore, M.C., W.C. Bailey, S.J. Cohen et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee on Population Health (Canada). *Report on the health of Canadians : technical appendix.* Ottawa: Health Canada, 1996. P. 185.

Glassman, A.H., F. Stetner, B.T. Walsh et al. (1988). "Heavy smokers, smoking cessation and clonidine: Results of a double-blind randomized trial". *JAMA*, 259, 2863–2866.

Guralnik, J.M., & G. Kaplan. (1989). "Predictors of healthy aging: Prospective evidence from the Almeda County Study". *Am J Public Health*, 79, 703–708.

Health Canada. "Tobacco Cessation". *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Wave 1, February– June* 1999. Ottawa: Health Canada, 1999.

Health Canada. *Smoking cessation: Living smoke free* [online]. Updated January 17, 2001 [accessed February 8, 2002]. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cessation/youth/fact_sheets.html>

Health Canada. (1996). *Deaths in Canada due to smoking* [online]. January 1999, updated November 23, 2001 (accessed February 7, 2002).
<http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/1999/9907ebk6.htm>

Henningfield, J.E., L. Gopalan, & S. Shiffman. (1998). "Tobacco dependence: Fundamental concepts and recent advances". *Curr Opin Psychiatr*, 11, 259–263.

Husten, C.G., D.M. Shelton, J.H. Chrismon et al. (1997). "Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965–94". *Tob Control*, 6, 161–163.

International Union for Health Promotion and Education. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*, Brussels, 1999.

Kaiserman, M.J. (1997). "The cost of smoking in Canada, 1991". *Chronic Diseases in Canada*, 18 (1), 13–19.

Kviz, F.J., M.A. Clark, K.S. Crittenden et al. (1994). "Age and readiness to quit smoking". *Prev Med*, 23, 211–222.

LaCroix, A.Z. et al. (1991). "Smoking and mortality among older men and women in three communities". *New Eng J Med*, 324, 1619–1625.

Lindsay, Colin. *A portrait of seniors in Canada, third edition*. Ottawa : Statistics Canada, Cat. No. 89-519-XPE, 1999. P. 66.

Lindsay, Colin. *Canada's seniors: Statistical snapshots of Canada's seniors*. Ottawa: Health Canada, Division of Aging and Seniors, 1999.

McDonough, P., & R.J. Moffatt. (1999). "Smoking-induced elevations in blood carboxyhaemoglobin levels". *Sports Med*, 27, 5.

McGinnis, M.J., & W.H. Foege. (1993). "Actual causes of death in the United States". *JAMA*, 270, 18, 2207–2212.

Miller, V.P., C. Ernst, & F. Collin. (1999). "Smoking-attributable medical care costs in the USA". *Soc Sci Med*, 48(3), 375–391.

Morgan, G.D. et al. (1996). "Reaching midlife and older smokers: Tailored interventions for routine medical care". *Prev Med*, 25, 346–354.

National Institutes of Health. Osteoporosis and Related Bone Diseases. National Resource Center. *Smoking and bone health* [online]. 1999 [accessed February 8, 2002]. <http://www.osteo.org/docs/87.356914114.html>

National Institute on Drug Abuse. *Addicted to nicotine: A national research forum*, July 27–28. Bethesda, MD : 1998.

Nova Scotia Department of Health. *Health effects of tobacco use: how will smoking impact on the lives of today's young Canadians?* [online]. September 1999 [accessed February 11, 2002]. <http://www.gov.ns.ca/health/tcu/health_effects.htm#3>

Orleans, T.C. (1997). "Reducing tobacco harms among older adults: A critical agenda for tobacco control". *Tob Control*, 6, 167–180.

Orleans, C.T., C. Jepson, N. Resch et al. (1994). "Quitting motives and barriers among older smokers. The 1986 Adult Use of Tobacco Survey revisited". *Cancer*, 74, 2055–2061.

Ossip-Klein, D.J., S. McIntosh, C. Utman et al. (2000). "Smokers ages 50+: Who gets physician advice to quit?" *Prev Med*, 31, 364–369.

Physicians for a Smoke Free Canada. *Tobacco in Canada* [online]. September 1999 [accessed 7 February, 2002]. <http://www.smoke-free.ca/Health/pscissues_health.htm>.

Prummel, M.F., & W.M. Wiersinga. (1993). "Smoking and risk of Graves' disease". *JAMA*, 269, 479–482.

Rigotti, N.A., & R.C. Pasternak. (1996). "Cigarette smoking and coronary heart disease: Risks and management". *Cardiol Clin*, 14, 51–68.

Rimmer, B.K. et al. (1990). "The older smoker: Status, challenges and opportunities for intervention". *Chest*, 97, 547–553.

Rowe, J., & R. Kahn. *Successful Aging*. New York: Dell Publishing, 1998.

Ruchlin, H.S. (1999). "An analysis of smoking patterns among older adults". *Med Care*, 37, 615–619.

Special Committee on Aging, United States Senate. *Developments in aging, 1986*. (3rd. ed.). Washington, DC: USGPO, 1987. p. 10.

Svanborg, A. (1996). "Conduct of long-term cohort sequential studies". In S. Ebrahim, & A. Kalache, eds. *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group. Pp. 57-67.

The World Bank. *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC: The World Bank, 1999.

U.S. Centers for Disease Control. (1993). "Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit–United States". *MMWR*, 42, 854–857.

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Tobacco Information and Prevention Source. (August 1999). *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. <http://www.cdc.gov/tobacco/bestprac.htm>

U.S. Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, 1990.

U.S. Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.

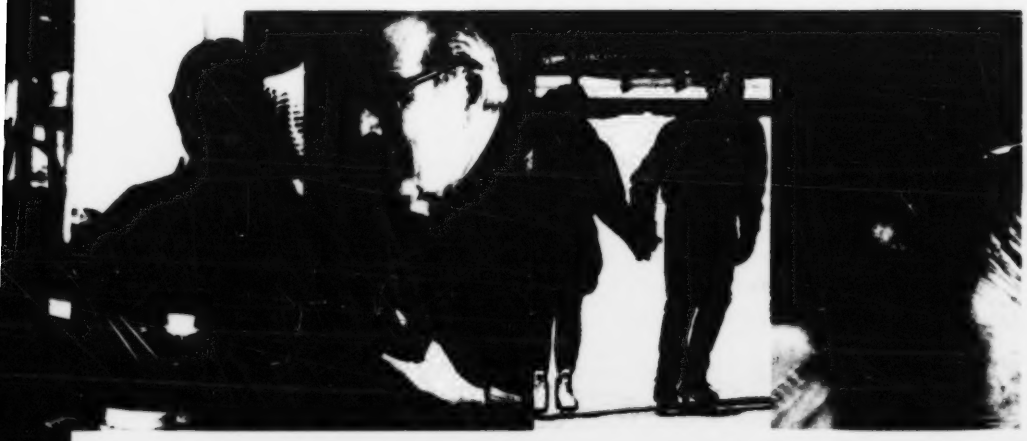
Wetter, D.W., & T.B. Young. (1994). "The relation between cigarette smoking and sleep disturbance". *Prev Med*, 23, 3, 328–334.

Winstanley, M., S. Woodward, & N. Walker. *Tobacco in Australia : facts and issues*. 2nd ed. Melbourne : Victorian Smoking and Health Program, 1995.

World Health Organization. *Active ageing: From evidence to action*. Geneva: World Health Organization, 2000.

Zhu, S.H., T. Melcer, J. Sun et al. (2000). "Smoking Cessation with and without assistance: a population-based analysis". *Am J Pre Med* 18, 305–11.

Santé Canada Health Canada



Vieillir... passionnément

Vieillissement en santé

Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés

Canada

Vieillissement en santé

Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

On peut se procurer d'autres exemplaires de cette publication auprès de :

Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (ON)
K1A 1B4

Téléphone : (613) 952-7606
Télécopieur : (613) 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca
Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines

Les opinions exprimées dans ce texte sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. : H39-612/2002-5F
ISBN : 0-662-86983-4

This report is available in English under the title: *Healthy Aging: Tobacco Use and Smoking Cessation Among Seniors.*

Avant-propos

Ce document d'information a été préparé par la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada pour alimenter la réflexion des participants à un atelier portant sur *Le vieillissement et les pratiques de santé*, atelier qu'elle a organisé en novembre 2001. L'atelier avait pour but de lui fournir des conseils qui faciliteraient l'élaboration d'un plan d'action en faveur du vieillissement en santé portant sur quatre déterminants clés : une bonne alimentation, la prévention des blessures, l'activité physique et le renoncement au tabac. Ces éléments étaient ressortis d'une série d'études sur les déterminants du vieillissement en santé, que la Division a menée au sein du Ministère. Les documents d'information sur ces quatre sujets ont été distribués aux participants avant l'atelier. Le présent document est une version révisée du document qui portait sur le tabagisme. On y a ajouté les commentaires formulés par les spécialistes et les intervenants.

A. Aperçu de la question

Importance de la question

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès et de maladies au Canada. On estime d'ailleurs que le tabagisme cause le décès prématuré de trois fois plus de Canadiens et de Canadiennes que l'ensemble des décès causés par la route, le suicide, la toxicomanie, les homicides et le sida. En 1991, le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada a estimé que 45 064 décès au total étaient attribuables au tabagisme. Pour l'an 2000, on prévoyait que ce nombre allait atteindre 46 910 décès. Cette augmentation est attribuable à une hausse de 24 % des décès causés par le tabagisme chez les femmes, ce qui compense une diminution de 4 % chez les hommes.

Le tabagisme est en cause dans 8 des 14 principales causes de décès chez les personnes âgées. Le tabagisme cause des maladies invalidantes et mortelles, dont le cancer des poumons et autres cancers, des maladies du cœur et du système circulatoire, de même que des maladies respiratoires comme l'emphysème. Il accélère aussi le rythme de diminution de la densité osseuse au cours du vieillissement. À 70 ans, les fumeurs ont une densité osseuse moindre et un facteur de risque de fractures plus élevé que les non-fumeurs. Par ailleurs, les femmes qui fument risquent davantage de souffrir d'ostéoporose post-ménopausique. Les non-fumeurs risquent aussi d'être en danger lorsqu'ils sont exposés à la fumée de tabac ambiante. (L'élimination de l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac ambiante représente un objectif important dans le cadre des programmes intégrés de la lutte contre le tabagisme).

On accumule aussi les preuves en ce qui concerne le lourd fardeau qu'entraîne le tabagisme sur le plan du fonctionnement physique. Dans l'étude sur les personnes âgées effectuée dans le comté d'Alameda, Guralnik et Kaplan ont constaté que les fumeurs de 1965, qui étaient toujours vivants en 1984, avaient deux fois plus de chances de présenter des niveaux réduits de capacité et de fonctionnement physiques que les personnes qui n'avaient jamais fumé.

La moitié des fumeurs de longue date sont décédés des suites d'une maladie attribuable au tabagisme. De ceux-ci, la moitié des personnes sont décédées à un âge moyen et les autres ont souffert de maladies chroniques attribuables au tabagisme avant de mourir à un âge plus avancé. Même si les fumeurs ont tendance à mourir plus tôt, on a démontré que les coûts liés aux soins de santé des fumeurs tout au long de leur vie sont plus élevés que ceux des non-fumeurs.

La bonne nouvelle est que le renoncement au tabac peut renverser un grand nombre des effets négatifs du tabagisme sur la santé.

Ampleur du problème

En 2000, la prévalence du tabagisme au Canada était la plus basse depuis qu'a débuté, en 1965, la surveillance régulière de la consommation de tabac. En 2000, un peu plus de six millions de personnes étaient des fumeurs, ou 24 % de la population âgée de 15 ans et plus.

Le tabagisme est moins courant chez les personnes âgées que chez les jeunes gens. En 1995, 12 % des personnes âgées vivant en ménage privé étaient des fumeurs quotidiens, comparé à 22 % chez les 55-64 ans, 27 % chez les 45-54 ans, 31 % chez les 25-44 et 24 % chez les 15-24 ans. Parmi les fumeurs, la proportion des fumeurs quotidiens augmente toutefois constamment avec l'âge. Parmi les fumeurs âgés de 15 à 17 ans, 66 % fument chaque jour. Ce nombre augmente à 92 % chez les fumeurs de 65 ans et plus.

Les Autochtones affichent le taux de tabagisme le plus élevé au Canada, soit environ le double du taux global de l'ensemble de la population canadienne. Chez les personnes âgées de 45 à 49 ans, 59 % fument. Ce nombre chute à 35 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et à 23 % chez celles de 75 ans et plus.

Tendances

L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada a conclu que la prévalence du tabagisme a diminué depuis 1990, alors que 30 % des Canadiens et des Canadiennes fumaient. En 1996-97, 36 % de toutes les personnes âgées, y compris plus de la moitié des hommes (52 %) et près d'une femme sur quatre (24 %) étaient d'anciens fumeurs.

On constate des tendances favorables pour ce qui est de la prévalence du tabagisme chez les personnes âgées. Aux É.-U., la proportion de fumeurs âgés de plus de 65 ans a baissé de 18 % à 12 %, entre 1965 et 1994. Des baisses semblables sont prévues au Canada. Cependant, le taux de diminution chez les fumeurs âgés est plus lent que chez les fumeurs plus jeunes.

Un grand nombre de personnes âgées sont d'anciens fumeurs. Le taux de renoncement au tabac est plus élevé chez les personnes âgées que chez les jeunes gens. Toutefois, les fumeurs canadiens âgés de 45 ans et plus risquent davantage de déclarer que rien ne les incitera à cesser de fumer, par rapport aux fumeurs plus jeunes âgés entre 15 et 44 ans. Peu de gens (3 %) déclarent qu'un programme d'aide ou qu'une solution de rechange à la cigarette les motiveraient à cesser de fumer. Ces statistiques suggèrent que les personnes âgées qui ont des antécédents de tabagisme de longue date auront probablement davantage besoin d'aide pour cesser de fumer. Celles qui fument encore doutent peut-être de retirer quelque avantage que ce soit en cessant de fumer plus tard, et sont donc plus susceptibles d'être dépendantes à la nicotine.

Malgré la baisse générale de la prévalence du tabagisme chez les femmes depuis la fin des années 1970, le nombre de décès attribuables au tabagisme chez celles-ci augmente. On peut attribuer cette augmentation à une hausse de la prévalence du tabagisme chez les fumeuses âgées de 65 ans et plus, ce que l'on croit être un effet de cohorte lié à la hausse de popularité de la cigarette chez les femmes plus jeunes à la fin des années quarante et cinquante.

Au fil des ans, les différences d'habitudes de tabagisme entre les hommes et les femmes et, par conséquent, les différences subséquentes dans la prévalence du cancer du poumon et d'autres maladies mortelles, ont constitué un facteur important de variation de l'espérance de vie. Puisque de plus en plus de femmes fument, il se pourrait bien que les écarts entre ces différences

se rétrécissent. En fait, le cancer du poumon a déjà supplanté le cancer du sein en tant que principale cause de décès chez les femmes dans de nombreux pays riches où les femmes fument depuis 30 ans ou plus.

Quelques considérations clés

De façon générale, les décès attribuables au tabagisme entraînent, en moyenne, une perte de 15 ans de l'espérance de vie. Santé Canada estime que le tabagisme comptera pour plus de 50 % des décès avant l'âge de 70 ans chez les fumeurs âgés aujourd'hui de 15 ans.

Dépendance à la nicotine

La nicotine est la substance du tabac qui engendre une forte dépendance à la cigarette. Les experts classent la nicotine avant l'alcool, la cocaïne et l'héroïne en ce qui a trait à la gravité de la dépendance que crée son usage. La nicotine est l'un des milliers de composés chimiques utilisés dans la fabrication des produits du tabac, mais on la considère comme le principal composé agissant sur la fonction cérébrale. La privation de nicotine peut diminuer la concentration et la fonction cognitive; elle peut aussi renverser ces manques déclenchés par le sevrage. On a observé une diminution du rendement dans les quatre heures suivant une privation de tabac. De nombreuses études décrivant l' « amélioration » de la concentration et de la fonction cognitive grâce à la nicotine ne font que démontrer le renversement des effets de sevrage. Le faible niveau de concentration et la diminution de la fonction cognitive suivant une période de privation de nicotine peuvent constituer un puissant facteur pour motiver une personne à fumer afin de renverser ce manque, maintenant ainsi la dépendance à la nicotine.

Composés chimiques

Les scientifiques ont répertorié plus de 4 000 composés différents dans la fumée de cigarette. On reconnaît en outre que plus de 40 de ces composés causent le cancer.

Effets négatifs sur les médicaments

Le tabagisme peut perturber des niveaux moyens de médicamentation et nuire à une gamme de pharmacothérapies, y compris les antidépresseurs. Par conséquent, les posologies prescrites aux fumeurs plus âgés peuvent s'avérer infrathérapeutiques ou inefficaces. La vaste majorité des aînés consomment une forme quelconque de médicament, qu'il soit prescrit ou vendu sans ordonnance. En 1997, par exemple, 84 % de toutes les personnes âgées vivant dans leur domicile avaient pris une forme quelconque de médicament dans les deux jours précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population, parmi lesquelles 56 % avaient pris deux médicaments ou plus au cours de cette période.

Comorbidités psychiatriques

Plus de fumeurs que de non-fumeurs peuvent souffrir de dépression clinique. La nicotine peut avoir des effets de soulagement de certains symptômes psychiatriques. Les personnes déprimées sont moins susceptibles de cesser de fumer et sont souvent sujettes à une aggravation des symptômes lorsqu'elles arrêtent.

Fumeurs invétérés

Il semble que les fumeurs plus âgés sont plus susceptibles d'être des fumeurs invétérés (des gros fumeurs ayant fait peu d'efforts pour renoncer au tabac et qui envisagent de ne jamais arrêter). Les preuves actuelles démontrent que de tous les fumeurs, 5 % sont des fumeurs invétérés et que la majorité d'entre eux ne seront pas influencés par les messages anti-tabac. Néanmoins, il semble que les initiatives actuelles de lutte contre le tabagisme sont loin de se heurter contre les fumeurs récalcitrants.

Volonté de cesser de fumer

Les fumeurs plus âgés sont moins prêts à essayer de cesser de fumer. Moins d'un quart de ce groupe déclarent qu'ils comptent arrêter dans les trois prochains mois. Les fumeurs plus âgés sont beaucoup moins portés à reconnaître les risques pour la santé associés au tabagisme et ils sont plus susceptibles de considérer le tabagisme comme une méthode positive pour se prendre en charge et pour contrôler leur poids. Parmi les fumeurs âgés de 50 ans et plus, ceux qui ont une vision réaliste des problèmes de santé liés au tabagisme et ceux qui considèrent que le tabagisme cause une dépendance sont plus susceptibles d'être prêts à cesser de fumer. Les fumeurs plus âgés sont moins susceptibles d'essayer de cesser de fumer que les jeunes fumeurs, mais ils auront souvent plus de succès que les jeunes dans leurs tentatives.

Forme physique

Le tabagisme peut causer préjudice à la forme physique à tout âge. Si l'on tient compte des différences entre les niveaux moyens d'exercice, une étude récente laisse entendre que les fumeurs ont une endurance physique moins grande que les non-fumeurs. Le tabagisme réduit la capacité du sang à transporter l'oxygène et accroît la fréquence cardiaque et le taux métabolique basal, neutralisant ainsi les bienfaits de l'activité physique, y compris la forme cardiovasculaire.

Coûts économiques

Au Canada en 1991, le coût économique du tabagisme imposé à la société était évalué entre 11 et 15 milliards de dollars. Les coûts directs engagés dans le système canadien de santé en raison du tabagisme se chiffrent entre 3 et 3,5 milliards de dollars par année. La somme la plus importante des coûts de soins de santé liés au tabagisme est consacrée aux soins hospitaliers et les coûts les plus élevés sont imputables aux fumeurs âgés.

Selon le Centre for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, les coûts attribuables au tabagisme en matière de soins médicaux s'élevaient, en 1993, à 50 milliards de dollars US pour la population en général. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les coûts estimatifs étaient de 21 milliards de dollars US.

Autres risques pour la santé

Les risques liés au tabagisme et aux tabacs sans fumée (tabac à chiquer, à priser) sont fondés et fort nombreux. De plus, les risques du tabagisme s'étendent aussi au troisième âge. Parmi les hommes et les femmes de plus de 65 ans, le taux de mortalité est deux fois plus élevé chez les fumeurs actuels que celui des participants qui n'ont jamais fumé. Le tabagisme est non seulement un facteur de risque majeur dans huit des 16 principales causes de décès chez les

personnes âgées de 65 ans et plus, il complique également les affections et les maladies prévalant chez les personnes âgées. Parmi celles-ci, mentionnons :

- les maladies cardiaques;
- une variété de cancers;
- le diabète;
- les maladies respiratoires;
- l'hypertension;
- les affections vasculaires et circulatoires;
- les ulcères duodénaux;
- la diminution du goût et de l'odorat;
- l'ostéoporose;
- les cataractes;
- les conséquences sur les dents et les gencives;
- les troubles du sommeil.

Plusieurs rapports récents fournissent des preuves tangibles démontrant un lien entre le tabagisme et l'ostéoporose (diminution de la densité osseuse) qui, en revanche, rend une personne plus vulnérable aux fractures. On retrouve une diminution importante de la densité osseuse chez les femmes postménauposées ainsi que chez les hommes âgés ayant eu une exposition prolongée au tabac.

Dans une vaste étude épidémiologique réalisée récemment, on reliait le tabagisme aux troubles du sommeil, comme la difficulté à s'endormir et les symptômes évoquant une fragmentation du sommeil, tant chez les hommes que chez les femmes.

Les preuves démontrant l'existence d'un lien entre les cataractes et le tabagisme continuent de s'accumuler. Aux États-Unis, les recherches suggèrent que 20 % des cataractes sont attribuables à la cigarette. On peut aussi faire une association entre le tabagisme et un type de maladie de la thyroïde appelé maladie de Graves.

Le tabagisme réduit le flux sanguin dans les petits vaisseaux de la peau, endommageant peut-être les cellules de la peau et entraînant l'apparition de rides et le vieillissement prématuré, tant chez les hommes que chez les femmes.

Vieillir en santé : constatations probantes

La recherche a démontré qu'il est avantageux de cesser de fumer, et ce, à n'importe quel âge. L'étude de la Fondation MacArthur fait valoir que le tabagisme n'a pas d'âge : alors que les risques du tabagisme se prolongent dans le troisième âge, il en va de même pour les avantages liés à l'abandon du tabac.

Le renoncement au tabac exerce une action protectrice qui augmente avec le nombre d'années depuis ce renoncement. Chez les fumeurs plus âgés, les avantages liés au renoncement à l'égard des maladies du cœur et des accidents cérébrovasculaires sont presque immédiats, avec une

diminution rapide de la mortalité, tandis que l'on ressent les avantages sur la fonction respiratoire après une plus longue période de temps.

Des améliorations considérables sur le plan du système circulatoire et de la perfusion pulmonaire se produisent rapidement lorsque les personnes âgées cessent de fumer, et la plupart de ces améliorations se font ressentir au cours de la première année. Provoquée par le tabagisme, l'anomalie relative à la perméabilité épithéliale pulmonaire semble pouvoir être en grande partie réversible, et ce, en peu de temps.

Des recherches estiment que le tabac cause 80 à 90 % de l'ensemble des cas de bronchite chronique et de l'emphysème. Les conséquences et la progression d'une maladie pulmonaire obstructive chronique sont réduites de façon notable lorsque l'on cesse de fumer. Les personnes qui cessent de fumer la cigarette avant d'être aux prises avec une fonction pulmonaire anormale ont moins de chances de souffrir de limitations ventilatoires.

Les anciens fumeurs affichent un taux global de mortalité moins élevé, réduisent leurs chances de contracter une maladie cardiovasculaire, et de souffrir d'infarctus répétés du myocarde, d'un cancer du poumon et autres cancers, et ils bénéficient d'une meilleure fonction pulmonaire et physique en général. On constate un potentiel de rendement élevé, sous l'angle de l'économie et de la santé, des investissements dans le renoncement au tabac chez les fumeurs âgés, par rapport aux plus jeunes adultes.

On a compilé, dans le rapport du Directeur du Service de santé publique des États-Unis (1990), des données résumant les avantages spectaculaires et souvent immédiats du renoncement au tabac chez les personnes âgées. On y déclarait en outre « qu'il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer. »

Efficacité des interventions

Le renoncement au tabac demeure la méthode la plus efficace de modifier l'évolution des maladies causées par le tabac chez les gens de tout âge, y compris chez ceux âgés de 65 ans et plus. Il existe des interventions efficaces de renoncement au tabac dans les cadres de la pratique clinique et de la santé publique. Rien n'indique que les interventions disponibles actuellement seraient moins efficaces chez les personnes âgées.

Des guides de pratique clinique pour le traitement de la dépendance au tabac ont été publiés. Ces guides fournissent une base de preuves pour les genres d'interventions que les professionnels de la santé devraient utiliser pour aider les fumeurs à renoncer au tabac; des dispensateurs de soins médicaux offrent, à ce sujet, des conseils précis qui sont efficaces. Des interventions plus vigoureuses (counselling individuel, collectif ou téléphonique), qui fournissent un soutien social et une formation en résolution de problème, sont encore plus efficaces. Les patients plus âgés sont réceptifs aux conseils du médecin à l'égard du renoncement au tabac et ils affirment que ces conseils influencent de façon positive leurs décisions de cesser de fumer et leur confiance à cet égard. Les médecins sont plus susceptibles de donner des conseils aux patients souffrant de maladies ayant un lien reconnu avec le tabagisme telles que les maladies cardiovasculaires,

cérébrovasculaires ou respiratoires. Parmi les fumeurs plus âgés, 36 % affirment que leurs médecins ne leur ont jamais conseillé d'arrêter de fumer.
Il existe des indications solides et constantes que les traitements pharmacologiques pour le renoncement au tabac (en particulier, la thérapie de remplacement de la nicotine et le *bupropion*) peuvent aider les gens à cesser de fumer. Les pharmacothérapies sont efficaces même lorsqu'elles sont employées sans programmes de soutien en matière de comportement. De plus en plus de gens utilisent de l'aide (matériaux d'auto-assistance, counselling et/ou thérapie de remplacement de la nicotine) lorsqu'ils veulent cesser de fumer. Ceux qui utilisent de l'aide ont des taux de renoncement plus élevés. Entre un cinquième et un tiers des tentatives de renoncement se font avec de l'aide.

L'incidence des prix du tabac semble moins importante pour les hommes âgés, tandis que les femmes de tous âges semblent être plus sensibilisées à ces prix. L'attention à l'égard des messages d'information sur la santé diminue avec l'âge, probablement parce que la plupart des campagnes anti-tabac ont ciblé les personnes plus jeunes. On demande à ce que des stratégies visant à accroître le renoncement au tabac chez les personnes âgées soient mises en place. Ces stratégies sont particulièrement urgentes lorsque l'on considère l'importance accrue du tabagisme chez les femmes au seuil du troisième âge.

Un petit nombre d'études sur les résultats des traitements, examinant en particulier les indicateurs de réussite liés au renoncement au tabac chez les fumeurs âgés, ont confirmé l'importance des facteurs suivants :

- dépendance à la nicotine peu élevée;
- auto-efficacité accrue du renoncement;
- niveau de scolarité;
- hospitalisation pour cause de maladie;
- réussite antérieure en matière de renoncement au tabac;
- motivation plus forte;
- perception accrue des avantages pour la santé;
- perception réduite des obstacles liés au renoncement;
- utilisation d'un plus grand nombre de stratégies de renoncement;
- avoir un conjoint non fumeur et peu ou pas de connaissances qui fument;
- rencontres fréquentes avec un pharmacien ou un médecin pour les personnes âgées utilisant des timbres à la nicotine.

Ces constatations, dont les résultats sont prometteurs, ont été utilisées afin de mettre au point des traitements adaptés à chaque personne âgée, comme une étude pilote menée actuellement auprès des utilisateurs âgés de timbre à la nicotine.

Les recherches publiées depuis 1990 ont démontré notamment que les fumeurs plus âgés sont très ouverts aux programmes ciblés de renoncement au tabac. Ils ont autant de chances, sinon plus, de réussir à cesser de fumer que les fumeurs plus jeunes, et ce, par leurs propres moyens ou à l'aide d'un programme d'aide individuel ou de consultation, qu'il soit pharmacologique ou non. Cela comprend de brèves interventions dans des établissements de soins primaires ainsi qu'une combinaison de conseils sur le renoncement et une thérapie de remplacement de la

nicotine. Malheureusement, même si les personnes plus âgées rencontrent leur médecin plus souvent que les groupes d'âge plus jeunes, la plupart d'entre eux ne reçoivent pas l'aide ou les conseils dont ils ont besoin pour cesser de fumer.

Les recherches indiquent que la disponibilité accrue des thérapies de remplacement de la nicotine (et autres techniques de renoncement) pourrait aider de nombreux fumeurs âgés à cesser de fumer, tout particulièrement lorsque ces thérapies sont jumelées à d'autres interventions. Parmi celles-ci, mentionnons :

- hausse des taxes sur les cigarettes;
- interdiction de fumer dans les endroits publics, en particulier dans les hôpitaux, les cliniques, les lieux de travail et les espaces clos où se réunissent des non-fumeurs vulnérables;
- interdiction globale de faire la promotion et le marketing de produits de tabac, et apposition plus visible d'avertissements pour la santé sur les produits du tabac;
- action globale contre la contrebande des produits du tabac.

Des arguments logiques, humains et économiques plaident pour la mise en application d'une politique globale en matière de lutte contre le tabagisme, comprenant entre autres les interventions décrites ci-dessus, dont tireront avantage les citoyens de tous âges. Les personnes âgées ne doivent pas être exclues de cette stratégie. Celles qui ont des antécédents de tabagisme de longue date auront probablement besoin de beaucoup plus d'aide pour cesser de fumer.

B. Appui à l'action

Stratégies actuelles de Santé Canada

La Loi sur le tabac, adoptée en 1997 par Santé Canada, est conçue pour :

- protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes à la lumière des preuves concluantes impliquant le tabagisme dans l'incidence de nombreuses maladies affaiblissantes et mortelles;
- protéger les jeunes gens et d'autres personnes contre les incitatifs à faire usage des produits du tabac et leur dépendance consécutive;
- protéger la santé des jeunes en limitant l'accès aux produits du tabac;
- accroître la sensibilisation du public aux dangers pour la santé d'utiliser des produits du tabac.

Depuis 1997, Santé Canada a élaboré et exécuté des douzaines de politiques, de mesures d'intervention et de programmes. À ce jour, aucun de ces programmes et aucune de ces interventions n'a ciblé les fumeurs plus âgés. Bon nombre de ceux-ci visent la population globale, les adultes en général, les femmes, les femmes souffrant de handicaps et les Autochtones. Le défi sera d'accroître les possibilités pour renforcer les initiatives de lutte contre le tabagisme et de renoncement au tabac s'adressant aux personnes plus âgées, de façon à rendre plus complet un programme de prévention généralement plus axé sur les jeunes.

Stratégies à l'extérieur de Santé Canada

Santé Canada travaille depuis longtemps avec des agences et des organismes non gouvernementaux concernés par le renoncement au tabac. À ce jour, aucun organisme de personnes âgées ou organisme national bénévole de la santé n'a élaboré de programmes s'adressant en particulier aux fumeurs plus âgés.

Voici les neuf pratiques exemplaires établies par le CDC des États-Unis en matière de programmes globaux de lutte contre le tabagisme :

- Programmes communautaires
- Programmes sur les maladies chroniques pour alléger le fardeau lié aux maladies causées par le tabagisme
- Programmes scolaires
- Mise en application des lois
- Programmes à l'échelle des états
- Contremarketing
- Programmes de renoncement au tabac
- Surveillance et évaluation
- Administration et gestion.

En ce moment, aucun état américain ne met en œuvre de façon intégrale tous les éléments des programmes recommandés. Les coûts annuels approximatifs de mise en œuvre de tous les éléments ont été évalués entre 7 $ et 20 $ par personne dans les états plus petits (population inférieure à trois millions d'habitants); entre 6 $ et 17 $ par personne dans les états moyens (population de trois à sept millions d'habitants); entre 5 $ et 16 $ dans les états plus grands (population supérieure à sept millions d'habitants)

Un plan d'action mondial en matière de tabagisme est en cours. Le 24 mai 1999, l'Assemblée mondiale de la santé, l'organe directeur de l'Organisation mondiale de la santé, a appuyé à l'unanimité une résolution prévoyant une Convention-cadre de lutte contre le tabagisme.

Interventions prioritaires et recommandations additionnelles

- Il n'est pas nécessaire de mettre au point des interventions additionnelles en ce moment. Nous sommes assez informés pour pouvoir commencer. Il faut comprendre les pratiques exemplaires. Il faut envisager d'effectuer un examen systématique des interventions de renoncement au tabac chez les adultes plus âgés. Il existe des méthodes pour procéder à un tel examen de façon scientifique. Les interventions par les médecins peuvent commencer.

- Il faut sensibiliser davantage la population âgée aux effets négatifs de la fumée secondaire et au fait que cesser de fumer, peu importe l'âge, a des avantages positifs pour la santé.

- Des efforts constants pour légiférer des espaces sans fumée vont continuer de motiver plus de fumeurs à essayer de cesser de fumer.

Références

American Academy of Dermatology. *Need another reason to quit? Smoking can ruin your skin, too* [online]. 1999 [réf. du 8 février 2002]. <http://www.aad.org/PressReleases/need_reason.html>

Anda, R.F., D.F. Williamson, L.G. Escobedo et al. (1990). «Depression and the dynamics of smoking: A national perspective». *JAMA*, 264, 1541–1545.

Association pulmonaire du Canada. *Lung facts, 1993 update*. Gloucester, ON : l'Association, 1994.

Bartecchi, C.E, T. MacKenzie et R. Schrier. (1994). «The Human Costs of Tobacco Use». *New England Journal of Medicine*, 330, 13, 907–912.

Brandon, T.H. (1994). «Negative affect as motivation to smoke». *Curr Dir Psychol Sci* 3, 33–37.

Brownson, R.C., M.P. Eriksen, R.M. Davis et al. (1997). «Environmental tobacco smoke: Health effects and policies to reduce exposure». *Ann Rev Public Health*, 1(8), 163–185.

Burns, D.M. (2000). «Cigarette smoking among the elderly: Disease consequences and the benefits of cessation». *Am J Health Promo*, 14, 357–361.

Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1999.

Clark, M.A., W. Rakowski, F.J. Kviz et al. (1997). «Age and stage of readiness for smoking cessation». *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 52, S212–221.

Coambs, R.B., S. Li et L.T. Kozlowski. (1992). «Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking». *Am J Epidemiol*, 135, 240–246.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (Canada). *Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes : annexes techniques*. Ottawa : Santé Canada, 1996. p. 185.

Covey, L.S., A.H. Glassman et F. Stetner. (1990). «Depression and depressive symptoms in smoking cessation». *Compr Psych*, 31, 350–354.

Ellison, Larry F. et al. (1995). «Projections de la mortalité imputable au tabagisme au Canada, 1991-2000». *Maladies chroniques au Canada* [en ligne] 16 (2). Mise à jour le 8 juillet 1996 [réf. du 7 février 2002].
<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic162/cd162e_f.html

Emery, S., E.A. Gilpin, C. Ake et al. (2000). «Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence». *Am J Health Promo*, 90, 387–394.

Evans W. et I.H. Rosenberg. *Biomarkers: The 10 Determinants of Aging You Can Control*. New York: Simon and Schuster, 1991, 63–64.

Fiore, M.C., W.C. Bailey, S.J. Cohen et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

Glassman, A.H., F. Stetner, B.T. Walsh et al. (1988). «Heavy smokers, smoking cessation and clonidine: Results of a double-blind randomized trial». *JAMA*, 259, 2863–2866.

Guralnik, J.M. et G. Kaplan. (1989). «Predictors of Healthy Aging: Prospective Evidence from the Almeda County Study». *American Journal of Public Health*, 79, 1989, 703–708.

Henningfield, J.E., L. Gopalan et S. Shiffman. (1998). «Tobacco dependence: Fundamental concepts and recent advances». *Curr Opin Psychiatr*, 11, 259–263.

Husten, C.G., D.M. Shelton, J.H. Chrismon et al. (1997). «Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965–94». *Tob Control*, 6, 161–163.

International Union for Health Promotion and Education. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*, Brussels, 1999.

Kaiserman, M.J. (1997). «Le coût du tabagisme au Canada, 1991». *Maladies chroniques au Canada*, 18, 1, 15–22.

Kviz, F.J., M.A. Clark, K.S. Crittenden et al. (1994). «Age and readiness to quit smoking». *Prev Med*, 23, 211–222.

La Banque mondiale. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington: La Banque mondiale, 1999.

LaCroix, A.Z. et al. (1991). «Smoking and Mortality Among Older Men and Women in Three Communities». *New England Journal of Medicine*, 324, 1619–1625.

Lindsay, Colin. *Les aînés au Canada : quelques statistiques sur les aînés au Canada*. Ottawa : Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, 1999.

Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*. 3e éd. Ottawa : Statistique Canada, No. de cat. 89-519-XPF, 1999. p. 69.

McDonough, P. et R.J. Moffatt. (1999) «Smoking-Induced Elevations in Blood Carboxyhaemoglobin Levels». *Sports Medicine*, 27, 5.

McGinnis, M.J. et W.H. Foege. (1993). «Actual Causes of Death in the United States». *Journal of the American Medical Association*, 270, 18, 2207–2212.

Miller, V.P., C. Ernst et F. Collin. (1999). «Smoking-Attributable Medical Care Costs in the USA». *Social Science and Medicine*, 48, 3, 375–391.

Morgan, G.D. et al. (1996). «Reaching Midlife and Older Smokers: Tailored Interventions for Routine Medical Care». *Preventative Medicine*, 25, 346–354.

National Institutes of Health. Osteoporosis and Related Bone Diseases. National Resource Center. *Smoking and bone health* [en ligne]. 1999 [réf. du 8 février 2002]. <http://www.osteo.org/docs/87.356914114.html>

National Institute on Drug Abuse. *Addicted to Nicotine: A National Research Forum*, July 27 to 28, 1998, Bethesda, 1998.

Nova Scotia Department of Health. *Health effects of tobacco use: how will smoking impact on the lives of today's young Canadians?* [en ligne]. Septembre 1999 [réf. 11 février 2002]. <http://www.gov.ns.ca/health/tcu/health_effects.htm#3>

Organisation mondiale de la santé. *Active Ageing: From Evidence to Action*. Genève: l'OMS, 2000.

Orleans, C.T., C. Jepson, N. Resch et al. (1994). «Quitting motives and barriers among older smokers». The 1986 Adult Use of Tobacco Survey revisited. *Cancer*, 74, 2055–2061.

Orleans, T.C. (1997) «Reducing Tobacco Harms Among Older Adults: A Critical Agenda for Tobacco Control». *Tobacco Control: An International Journal*, 6, 167–180.

Ossip-Klein, D.J., S. McIntosh, C. Utman et al. (2000). «Smokers ages 50+: Who gets physician advice to quit?». *Prev Med*, 31, 364–369.

Physicians for a Smoke Free Canada. *Tobacco in Canada* [en ligne]. Septembre 1999 [réf. du 7 février 2002]. <http://www.smoke-free.ca/Health/pscissues_health.htm>

Prummel, M.F. et W.M. Wiersinga. (1993). «Smoking and Risk of Graves' Disease». *Journal of the American Medical Association*, 269, 479–82.

Rigotti, N.A et R.C. Pasternak. (1996). «Cigarette smoking and coronary heart disease: Risks and management». *Cardiol Clin*, 14, 51–68.

Rimmer, B.K. et al. (1990). «The Older Smoker: Status, Challenges and Opportunities for Intervention». *Chest*, 97, 547–553.

Rowe, J. et R. Kahn. *Successful Aging*. New York: Dell Publishing, 1998.

Santé Canada. *Décès au Canada attribuables au tabagisme* [en ligne]. Janvier 1999, mise à jour le 23 novembre 2001 [réf. du 7 février 2001]. <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/1999/9907fbk6.htm>

Santé Canada. « Cesser de fumer : vivre sans fumée » [en ligne]. Mise à jour le 23 décembre 2000 [réf. du 8 février 2002]. <http://wwwéjc-scégcéca/hppb/cesser/jeunes/feuillets.html ·

Santé Canada. « Abandon du tabac ». *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*. Phase 1, février à juin 1999. Ottawa : Santé Canada, 1999.

Special Committee on Aging, United States Senate. *Developments in Aging, 1986*. 3e éd. Washington: USGPO, 1987. p. 10.

Svanborg, A. (1996). «Conduct of Long-Term Cohort Sequential Studies» in *Epidemiology in Old Age*. S. Ebrahim et A. Kalache (éd.). London: BMJ Publishing Group, 57–67.

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Tobacco Information and Prevention Source. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*, août 1999. <http://www.cdc.gov/tobacco/bestprac.htm>

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Department of Health and Human Services, 1990.

U.S. Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.

U.S. Centers for Disease Control. (1993). «Physician and Other Health-Care Professional Counseling of Smokers to Quit–United States». *MMWR*, 42, 854–857.

Wetter, D.W. et T.B. Young. «The Relation Between Cigarette Smoking and Sleep Disturbance». *Preventative Medicine*, 23, 3, 328–334.

Winstanley, M., S. Woodward et N. Walker. *Tobacco in Australia : facts and issues*. 2e éd. Melbourne : Victorian Smoking and Health Program, 1995.

Zhu, S.-H., T. Melcer, J. Sun et al. (2000). «Smoking cessation with and without assistance: A population-based analysis». *Am J Prev Med*, 18, 305–311.